1873
Lane Medical Library

Ueber die Entwickelung und den Werth der gegen den Scheiden - Gebärmutter - Vorfall angewendeten Operationen.

Inaugural-Dissertation,

welche mit Genehmigung

der medizinischen Fakultät

hiesiger Universität

zur Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin, Chirurgie und Gynaekologie

Mittwoch den 23. Juli 1873, Vormittags 12 Uhr

in der Aula Leopoldina

gegen die Herren Opponenten

Herrn **C. Reich**, Drd. med. und Herrn **L. Weiss**, Drd. med.

öffentlich vertheidigen wird

Heinrich Grabower.

Breslau,

Buchdruckerei von Oscar Raabe vorm. C H. Storch & Co.

1873.

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn

edizinal-Rath Professor Dr. Spiegelberg

ordentl. Professor der Geburtshülfe, Director der gynaek. Klinik zu Breslau,
Ritter etc. etc.

aus Hochachtung und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Der Scheiden-Gebärmutter-Vorfall gehört nicht nur zu den häufigsten Krankheiten der Frauen der niederen Stände, sondern gewiss auch zu den quälendsten und widerwärtigsten. Das Austreten von Eingeweiden aus ihren natürlichen Höhlen an Orte, wo sie unter direkt entgegengesetzte Bedingungen versetzt werden, die äusserst schädlichen Folgen, welche für eben jene Theile hieraus erwachsen, verbunden mit der Empfindung der Patientin, als verlöre sie etwas auf Schritt und Tritt aus ihrem Körper, endlich das stetige Wachsthum der vorfallenden Geschwulst rauben den Patientinnen jeglichen Lebensgenuss. Deshalb waren auch schon die Aerzte seit alter Zeit eifrig damit beschäftigt, durch mechanische Retentions-Mittel den Vorfall zurückzuhalten, und es wurde jenes Heer von Pessarien und Ringen in Anwendung gezogen, die noch heutzutage bei den meisten Aerzten das Einzige sind, was sie den von Vorfällen heimgesuchten Frauen zu bieten pflegen. Operative Methoden zur Beseitigung des Vorfalls wurden merkwürdiger Weise erst im Anfang unseres Jahrhunderts in Angriff genommen; nachdem man aber erst einmal angefangen hat, den Vorfall chirurgisch zu behandeln, haben sich die operativen Methoden in relativ rascher Entwickelung von der niedrigsten Stufe nunmehr zu einer Höhe ausgebildet, die bereits sehr ansehnliche Garantieen für wirklich dauernde Retentionen sehr umfangreicher Vorfälle bietet. Trotz dieser ermuthigenden Thatsache giebt es aber dennoch heute nur sehr wenige Operateure, welche einen Scheiden-Gebärmutter-Vorfall operiren, während die meisten ihre Patientinnen noch mit Ringen und Pessarien abfertigen. Damit soll nicht gesagt sein, dass nicht in gar manchen Fällen ein Ring ganz gute Dienste leistet, aber diese Fälle sind verschwindend gegenüber der grossen Zahl derjenigen, wo ein Ring zu einem der

lästigsten und schädlichsten Fremdkörper wird. Denn man vergegenwärtige sich nur, dass es das Proletariat ist, welches das grösste Contingent zu den Vorfällen stellt, arme Arbeiterfrauen, die sich nicht schonen können und nicht Musse genug haben, die nach Anlegung eines Ringes so nothwendige gewissenhafte Reinlichkeit ihren Genitalien angedeihen zu lassen, den Ring öfter herauszunehmen und zu wechseln, und dass es ausserdem nicht leicht ist, einen für die Genitalien der Patientin gerade passenden Ring zu finden; die Folgen unpassender Ringe und mangelhafter Reinlichkeit aber zeigen sich sehr bald im Auftreten von intensiven Entzündungserscheinungen und heftigen Leucorrhoeen. Aber die Erfahrung lehrt auch, dass ein Ring das Heruntertreten der vorderen Scheidewand in die vulva durchaus nicht verhütet; es pflegt vielmehr der vordere Umfang des Ringes in der rima zu erscheinen, und zwischen ihm und den Wandungen der rima drängt sich die vordere Scheidenwand hervor. Was aber als Hauptgrund gegen die alleinige Anwendung besonders der Ringe bei Vorfällen angeführt werden muss, ist der Umstand, dass durch die Ringe die Scheidenwände auseinandergezerrt, der Scheidenkanal also durch einen immer grösser zu wählenden und anzulegenden Ring stetig mehr und mehr ausgedehnt wird; hierdurch aber wird, wie leicht einzusehen, dem Vorfall nur immer mehr Vorschub geleistet und das Leiden einer wirklichen Heilung immer weiter entrückt. Gegenüber diesen Nachtheilen und Gefahren der Pessarien empfiehlt es sich gewiss, durch einen operativen Eingriff den Vorfall zu heilen oder wenigstens zu mildern. Ueberschauen wir die nicht geringe Anzahl der gegen den Vorfall erfundenen Operationen, so können wir an ihnen einen Entwickelungsgang vom Unvollkommeneren zum Vollkommeneren wahrnehmen, welcher wesentlich begründet ist in dem schlechteren oder besseren Verständniss der Entstehung des Vorfalls. Bevor ich deshalb an die Darstellung und Beurtheilung der einzelnen Operationen gehe, will ich mir erlauben, über die Entstehung des Vorfalls einiges vorauszuschicken.

Noch in vielen Lehrbüchern ist die Ansicht verbreitet, dass gewöhnlich der uterus zuerst vorfällt und die vagina secundär herabgezogen wird; als Ursache wird die Erschlaffung der den uterus haltenden Bänder angegeben. Dem gegenüber ist der Standpunkt festzuhalten, welchen Herr Professor Spiegelberg in seinem Aufsatz „über die Entstehung und Behandlung des Vorfalls der Gebärmutter

und Scheide"*) aufgestellt hat und welcher die fest begründete Ansicht vertritt, dass in der bei weitem grössten Mehrzahl der Fälle der Vorfall der vagina und zwar meist der vorderen Scheidenwand das Primäre, der des uterus das Secundäre ist, ausgenommen sind nur jene wenigen Fälle, wo verstärkter Druck von oben den uterus herabdrückt oder wo die vermehrte Masse des uterus bei erschlafften Verbindungen ihn senkt oder endlich, wo heftige Körpererschütterungen durch Contrecoup das Organ in die vulva hinabtreiben. Es wäre hiernach, wenn Scheide und Gebärmutter vorgefallen sind, richtiger, nicht — wie es meist geschieht — von einem Gebärmuttervorfall, sondern von einem Vorfall der Scheide zu sprechen, der den Vorfall der Gebärmutter zur Folge gehabt hat. Das sicherste Criterium für die Entscheidung der Frage, ob Scheide oder Gebärmutter primär prolabirt sind, findet Spiegelberg in der Verlängerung des collum uteri. Letzteres, und zwar die pars supravaginalis, ist bei den meisten Vorfällen verlängert und dies kann man sich doch nur wesentlich dadurch entstanden denken, dass einerseits die prolabirenden Scheidenwände an ihrer Ansatzstelle am collum uteri eine Zerrung des supravaginalen Theils nach unten ausüben, während andererseits der im Anfang in seinen Verbindungen noch nicht zu sehr gelockerte uterus diesem Zuge widerstrebt und so eine Verlängerung des collum hervorgerufen wird, deren Grad von der grösseren oder geringeren Erschlaffung der Befestigungsmittel des uterus, der lig. recto-uterina und lig. pubo-vesico-uterina abhängt. In einem Falle von Prolaps hat Spiegelberg eine Verlängerung des collum bis zu 11 Centim. beobachtet, während die Uterin-Höhle 5 Centim. mass. Neben der Elongation des supravaginalen Theils besteht gewöhnlich eine Hypertrophie der portio vaginalis mit oder ohne Lippeneversion, eine peripherische Massenzunahme, welche durch die vielen Reizungen, denen dieser Theil ausgesetzt ist, hervorgerufen wird und von Spiegelberg mit dem Namen „circuläre Hypertrophie" bezeichnet worden ist. Wird letztere sehr bedeutend, so könnte sie, wenn auch keinen Prolaps, so doch unter Umständen vielleicht eine Senkung des uterus zu Wege bringen. In nicht wenig Fällen kann sowohl Elongation als circu-

*) »Berliner klin. Wochenschrift« 1872 No. 21. Ich habe die dort begründeten Ansichten zu dieser Darstellung benutzt.

läre Hypertrophie fehlen, letztere dann, wenn die Theile sorgfälti gereinigt und allen schädlichen Einflüssen entzogen werden, erster dann, wenn der uterus dem Zuge der vorfallenden Vaginal-Wänd leicht nachgiebt. Aber auch für diese Fälle beweist Spiegelber die Richtigkeit der Ansicht, dass die vagina primär vorfällt, dadurch dass er darauf hinweist, in welcher Reihenfolge die reponirten Theil des Vorfalls nachher wieder zu Tage treten: zuerst erscheint in de vulva die vordere Scheidenwand, dann der Mutterhals und dann di hintere Scheidenwand. — Hiernach sind also die beiden Faktoren die den Vorfall veranlassen, die schlaffen Scheidenwände, welch von ihren Verbindungen gelockert sind und ihren tonus eingebüss haben, sowie die ungenügend gewordenen Befestigungen des uterus Die tiefer liegende Ursache für beides ist in der Mehrzahl der Fäll das Puerperium und zwar eine mangelhafte Involution der währen der Schwangerschaft vielfach gelockerten und gefalteten Scheide un ihrer Unterlage, als auch des bedeutend vergrösserten uterus. Hierz gesellt sich für die vordere Scheidenwand der lange Geburtsdruck den sie durch den an der vorderen Beckenwand herabrückende Kindeskopf erfährt und für die hintere Wand die Verletzungen de Dammes während der Geburt, welche wiederum begünstigend fü den Vorfall der vorderen Scheidenwand wirken, da die vorder Wand an dem nun zerrissenen Damm eines ihrer besten Hinder nisse am Herabgleiten verloren hat; es erklärt sich auch aus diese Verhältnissen, dass die meisten Vorfälle zunächst die vordere Schei denwand betreffen. Tritt nun zu diesem Zustande mangelhafter In volution ein zu zeitiges Verlassen des Wochenbettes, frühzeitig Aufnahme schwerer Arbeit, Vernachlässigung der regelmässige Stuhlentlehrung, heftiges Drängen u. a. hinzu, so ist leicht einzu sehen, dass der Vorfall rasch fortschreitet, sich Blase und Mast darm an demselben betheiligen und jene kolossalen Geschwülst entstehen, welche bis zu Kindskopfgrösse zwischen den Schenkel herabhängen.

Der Zweck der hier angewandten Operationen ist die Retentio des Vorfalls entweder an normaler oder doch an einer innerhall des Genitalkanals gelegenen Stelle. Hauptsächlich sind es zwe Methoden, die der Erreichung des genannten Zweckes dienen sollen die eine will durch Verengerung der Scheide den Vorfall der letz teren aufheben und den vorfallenden uterus aufhalten, die ander

will dadurch, dass sie einen breiten Damm herstellt, dem Vorfall eine Stütze geben und verhindern, dass er vor die äusseren Genitalien herabsinke. Die meisten anderen Operationen sind Combinationen der beiden genannnten, ausgenommen etwa die Operation der Abtragung der vorgefallenen Theile oder nur des collum uteri, welche letztere nach Huguier zwar als eine Radikal-Operation gegen den Vorfall bezeichnet worden, indessen sehr weit davon entfernt ist, es wirklich zu sein.

Es liegt auf der Hand, wenn wir die beiden genannten operativen Hauptrichtungen mit einander vergleichen, dass die Methode der Scheidenverengerung sowohl dem richtigen Verständniss der Entstehung des Vorfalls sich weit mehr nähert, als auch den letzteren weit sicherer zu heilen im Stande ist, als die Operation der Dammbildung allein. Denn letztere hält, wenn überhaupt, den Vorfall erst am untersten Ende seines Weges auf, während erstere durch Beseitigung eines Theiles der Scheide die durch puerperale Lockerung entstandene Faltenbildung der letzteren, somit die eigentliche Ursache zum Vorfall, beseitigt, sowie auch zugleich die höher oder tiefer angelegte Scheidenverengerung dem uterus mehr oder weniger schon im Beginn seines Herabgleitens hemmend entgegentritt. In wie weit freilich dieser Erfolg erreicht wird, hängt wesentlich von den verschiedenen Operationsweisen ab, welche ich in Nachfolgendem näher auseinandersetze.

Ich wende mich zunächst zu der Operation, welche die Herstellung eines festen und breiten Dammes bezweckt: die Episiorrhaphie von Fricke. Sie besteht in der Vereinigung des grössten Theils der grossen Schamlippen; geht die Verengerung bis in die Scheide hinein, so heisst sie Episio-Elytrorrhaphie. Die Ausführung der Operation ist folgende: Man reponirt zuerst den uterus, fasst die linke grosse Schamlippe mit der linken Hand, sticht durch sie, einen Zoll von ihrem freien Rande entfernt und etwa zwei Finger breit unter der vorderen Commissur ein spitzes Messer mit abwärts gerichteter Schneide hindurch und führt es in immer gleicher Entfernung vom Schamlippenrande bis zur hinteren Commissur. Darauf löst man den angefrischten Theil der Schamlippen bis auf das oben erwähnte einen Zoll lange vordere Ende ab, verfährt ganz in derselben Weise, nur mit gewechselten Händen und entgegengesetzter Schnittrichtung mit der rechten Schamlippe und lässt beide Schnitte

mit ihren hinteren Enden, etwa einen Zoll von der hinteren Commissur entfernt in einem Winkel zusammenlaufen. Später rieth Fricke, dass man den hinteren Vereinigungspunkt der Schnitte noch weiter nach hinten bis etwa einen Zoll vor dem After verlegen sollte, um die Spannung der hinteren Hautfalte bei der Vereinigung der Lippen zu verhüten. Nach Stillung der Blutung vereinigt man die Wundränder durch in Zwischenräumen von etwa 4 Strich angelegte Knopfnäthe, deren man bis 15 anlegen kann. In späterer Zeit liess Fricke den hintersten Theil der Schamlippen auf etwa ½ Zoll Länge unvereinigt, damit die bleibende Oeffnung ein Mittel zur Reinigung der Scheide und zum Abfluss des Menstrualblutes abgebe. Nach der Operation legt man einen elastischen Katheter in die Blase. — Die Nachbehandlung erfordert ruhige horizontale Rückenlage und häufige Injektionen von kaltem Wasser in die Scheide. Nach 7 Tagen werden die Näthe entfernt. Ist noch keine Vereinigung der Wundränder zu Stande gekommen, so ist dieselbe noch durch Wiederholung der Operation zu erreichen; durch frühzeitiges Aetzen mit lapis wird die Vereinigung der Wundränder wesentlich unterstützt.

Es wurde einerseits gegen diese Operation geltend gemacht, dass die vereinigten Theile sehr oft nicht zusammenheilten und dass, selbst wenn die Verheilung zu Stande gekommen, die Narbe durch den Druck des immer wieder herabdrängenden, in seinen Verbindungen gelockerten uterus gedehnt und so unfähig würde, den nöthigen Widerstand entgegenzusetzen. Andere Operateure hingegen, wie Baker-Brown, wollen durch diese Operation durchweg sehr glänzende Resultate erzielt haben. Dem gegenüber muss behauptet werden, dass freilich in sehr vielen Fällen die Episiorrhaphie nicht zum Ziele führt, dass der Vorfall häufig schon einige Monate nach der Operation recidivirt, indem der andrängende uterus die durch die Verengerung gebildete Brücke allmälig verdünnt, so dass es zur Entstehung einer sogenannten Damm-Hernie kommt; die vereinigten Theile werden ausgedehnt und nach unten vorgetrieben, und dadurch die Oeffnung der vulva allmälig so weit vergrössert, dass der Vorfall wieder durch sie hindurchtreten kann; ja es können sogar die Schmerzen der Patientin noch dadurch gesteigert werden, dass der Vorfall, der nunmehr den verlängerten Damm zu passiren hat, daselbst eine Einklemmung erfährt. Trotzdem sind aber doch mit

der Episiorrhaphie manche unzweifelhaft günstige Resultate erreicht worden, und verbindet man gar mit der Episiorrhaphie die Elytrorrhaphie, d. h. frischt man auch noch dazu einen kleinen Theil der hinteren Scheidenwand an und vereinigt genau, so darf man besonders in denjenigen Fällen, wo der Vorfall keinen grossen Umfang erreicht hat, eine sichere Besserung erwarten. — Die Modifikation von Fricke, welche darin besteht, dass man die Anfrischung bis nahe an den After verlängert und die hintersten Enden der Wundränder unvereinigt lässt, ist, obwohl zwar dadurch die Spannung an der hinteren Commissur aufhört, deshalb zu verwerfen, weil ja damit dem Vorfall zwei Wege zum Austritt geöffnet werden. Ein kleiner Fortschritt liegt in der Operation der Perinaeorrhaphie. Diese besteht darin, dass man den Damm zu beiden Seiten gehörig anfrischt, die Anfrischung bis zum untersten Theil der Scheide anlegt und die Wundränder durch tief greifende Näthe vereinigt. Verbindet man diese Operation mit der Elytrorrhaphie, d. h. setzt man die Anfrischung noch bis in die Scheide hinein fort, so erhält man unter Umständen ziemlich gute Resultate. In den beiden folgenden Fällen, welche von Herrn Professor Spiegelberg operirt und mir zur Anführung gütigst überlassen worden sind, ist die besprochene Operation mit günstigem Erfolge ausgeführt worden, wiewohl in dem einen der beiden Fälle ein ziemlich komplizirter Prolaps vorlag: Der eine Fall betraf die Schlosserwittwe E. P., 31 Jahr alt, welche am 21. Juni 1866 in die hiesige gynaekologische Klinik aufgenommen wurde. Patientin, eine blühend aussehende grosse Blondine, war in ihrer Jugend stets gesund. Acht Jahre vor ihrer Aufnahme in die Klinik erlitt sie bei ihrer ersten Entbindung einen Dammriss, welcher nicht behandelt wurde. Wenige Monate nach der ersten Entbindung wurde sie wieder schwanger und litt in der zweiten Hälfte ihrer Schwangerschaft an einem Prolaps; die zweite Geburt war sehr schwer, der Dammriss wurde hierbei noch vergrössert. Der Entbindung folgte eine schwere Erkrankung; nachdem diese nach viermonatlicher Behandlung beseitigt worden war, wurde die Perinaeoplastik gemacht. Die eingelegten Drähte schnitten jedoch durch, die Operation war ohne Erfolg. Nach sechs Wochen wurde dieselbe mit ebenso ungünstigem Erfolge wiederholt. Die Kranke ward, nachdem sie sieben Monate in der Anstalt gelegen, quoad ruptur. perinaei ungeheilt entlassen. Nach ihrer Entlassung stellten sich die Beschwerden in höherem

Maasse wieder ein. Drängen nach abwärts, das Hervortreten des uterus aus den Genitalien, Stuhl- und Harnbeschwerden nöthigten sie, die Hülfe der Poliklinik wieder in Anspruch zu nehmen. Sie gab an, verschiedene Instrumente getragen, Injectionen und Douchen gebraucht zu haben. Die Instrumente wurden, da sie der Kranken heftige Beschwerden verursachten, wieder entfernt. Der Befund war folgender: Vollständige Inversion der vorderen Scheidenwand, fast vollständige der hinteren. Cervix uteri vor den Genitalien; uterus 5 Zoll, leicht retrovertirt. Lippen klaffend, nicht ulcerirt, Schleimhaut ähnlich. Damm sehr schmal, geringe Rectocele. Vor dem Damm die Labien bandförmig an einer schmalen Stelle verheilt. Blase mit heruntergezogen. — Herr Professor Spiegelberg machte nun die Operation des Dammes und des Vorfalls der hinteren Vaginalwand, nicht in der Absicht, Totalheilung zu erzielen, da dies ja auf den Vorfall der vorderen Wand keinen Einfluss haben kann, sondern nur den Vorfall zu mildern und den der hinteren Wand ganz zu beseitigen: In der Chloroform-Narkose wurde die untere Hälfte der kleinen Labien und das untere Drittel der grossen angefrischt, der Schnitt erstreckte sich in einer Tiefe von über 1 Zoll und einer Höhe seitlich von über 1 Zoll auf die Schleimhaut des Scheideneinganges. Darauf wurde die prolabirte hintere Vaginalwand excidirt, während ein Assistent den Zeigefinger in den After setzte und die Rektalwand wie mit einem Haken nach abwärts zog. Die Vaginalschleimhaut war sehr dick, hypertrophisch, und lag in groben Falten; daher wurde die Anfrischung oft unregelmässig, der abgetragene Lappen stellenweise liniendick. Ausserordentlich reichliche Blutung. Es wurde ein dreieckiger Lappen mit breiter Basis ausgeschnitten und durch 5 enge feine Knopfnähte der Länge nach vereinigt; letztere lagen etwa in einer Entfernung von ½ Cm. von einander. Darauf wurde die Dammwunde durch 5 Drahtnähte, welche fast die ganze Wunde umfassten, je 1 Cm. von einander lagen und in der Entfernung von mehr denn 1 Cm. vom Hautrande austraten, vereinigt. Durch Aneinanderbringen der Schenkel wurde jede Spannung der bei auseinander gezogenen Schenkeln enorm weit klaffenden Wundränder aufgehoben und in solcher Stellung die Nähte geschnürt. Die Wunde schloss vollkommen. Die Nachbehandlung bestand in der Darreichung von Opium, im Katheterisiren, entsprechender Diät, in Anordnung der Rückenlage mit zusammengebundenen Knieen. —

Die Besichtigung 14 Tage nach der Operation zeigte den Damm breit verklebt in der ganzen Länge der Anfrischung, vom After bis gegen die vordere Commissur 4½ Cm. lang; der Damm gegen 1 Cm. dick, hinten nicht viel dicker als vorn. Die vordere Vaginalwand zeigte sich noch leicht prolabirt gegen das Lumen der Scheide, die hintere Wand geschrumpft, flach, kürzer, Wunde verklebt. — Alle Funktionen in Ordnung. —

Der Verlauf dieses Falles zeigt, dass die Perinaeorrhaphie in Verbindung mit der Scheidenanfrischung ein günstiges Resultat liefert.

Im zweiten Falle ist der Vorfall ein weniger umfangreicher und demgemäss der Erfolg der vereinigten Dammscheidennaht um so günstiger. Der Fall ist folgender:

G. S., Wittwe, aus Breslau, 42 Jahr alt, wurde am 6. Februar 1866 in die hiesige Klinik aufgenommen. Als Mädchen gesund — regelmässig menstruirt — hat sie zweimal im 2. Schwangerschaftsmonat abortirt und achtmal rechtzeitig geboren, — die Wochenbetten verliefen normal. Den Beginn ihres Leidens datirte sie auf 8 Jahre zurück. Damals nämlich, wenige Wochen nach ihrer vierten rechtzeitigen und sonst durchaus normalen Geburt, drängte sich unter dem Gefühl heftigen Abwärtsdrängens und grosser Lockerung im Leibe zum ersten Male eine kleine Geschwulst vor die äusseren Genitalien, die ihr anfangs nur wenig Unbequemlichkeiten und zwar besonders beim Heben und Tragen verursachte. In der Folge aber, da die Kranke sich nicht schonte und sich wiederholt schwerer Arbeit aussetzte, trat allmählich eine Geschwulst in grösserem Umfange hervor, und mit der Grösse dieser wuchsen die begleitenden Beschwerden. Ziehende heftige Schmerzen im Leibe und im Kreuz zwangen die Patientin, ärztliche Hülfe aufzusuchen. Der ihr eingelegte Ring verursachte ihr heftige brennende Schmerzen im Leibe und besonders auch in der Scheide, weshalb er entfernt werden musste. Nachdem sich Patientin darauf in die gynäkol. Klinik begeben hatte, wurde hierselbst die Operation beschlossen.

Befund: In der Rückenlage der Kranken lag die hintere Scheidenwand gänseeigross vor und zwischen den grossen Labien; hinteres laquear sehr tief, Muttermund bedeutend tiefer als in der Norm, vordere Wand der Scheide schlaff, nicht prolabirt. Das Rectum ist nicht mit in den Vorfall hineingezogen, nur unmittelbar

über dem Anal-Ringe macht es einen Divertikel nach vorn gegen die Spitze des Vorfalls. —

Die Operation bestand in dem Ausschneiden eines dicken Schleimhautlappens von 9 Cm. Länge — oben spitz, unten breiter werdend bis auf 6 Cm. Breite der Basis, — die Basis geht seitlich in die Schleimhaut der Labien über, der Lappen ist unten dicker als oben. Die Labien wurden auf $^5/_4$ Zoll Länge und $^3/_4$ Zoll Breite an ihrem hinteren Ende wund gemacht, ebenso der Damm, so dass Scheiden- und Damm-Wunde in einander übergingen.

Die Scheidenwunde wurde durch sechs Längsnähte von Eisendraht, die je 1 Cm. von einandet entfernt waren, geschlossen, die Dammwunde durch drei Drahtnähte. Die Besichtigung vier Wochen nach der Operation ergab ein gutes Aussehen des Dammes, welcher mindestens 1 Zoll lang war, eine feste und derbe Narbe; unmittelbar über dem Damm, in der unteren Parthie der Scheide zeigte sich eine etwa $^1/_2$ Zoll im Quadrat grosse Wundfläche, die partiell sich zu überhäuten begann, es war dies die Stelle unterhalb der untersten Scheiden-Wund-Naht. Die hintere Scheidenwand drängt sich beim starken Drängen der Kranken zwar noch etwas hervor, von einem Prolaps der hinteren Scheidenwand aber ist keine Rede. Während vor der Operation die Kranke nicht sehr stark drängen durfte, um Scheidenwand und uterus bis vor die Genitalien hervortreten zu lassen, wurde die Kranke durch die Operation nach nunmehriger Anlegung eines Meyer'schen Ringes von viel kleinerem Durchmesser als der Ring hatte, der vor der Operation den Vorfall nicht zurückhalten gekonnt hatte, in den Stand gesetzt, schwere Arbeiten verrichten zu können, ohne dass der Vorfall zum Vorschein kam. — Es war also auch hier das Resultat ein recht gutes, wobei allerdings wohl zu beachten ist, dass der Vorfall nur einen Theil der hinteren Wand betraf, also an und für sich klein war und dass die Retention doch immerhin noch durch einen Ring vollkommen gesichert werden musste.

Ich wende mich nun zu denjenigen Operationen, welche die Verengerung der Scheide bezwecken und entweder für sich allein oder in Verbindung mit der eben besprochenen Operation ausgeführt werden. Ueberschauen wir die hierher gehörigen Operationen in der Reihenfolge, wie sie sich der Zeit nach entwickelt haben, so sind es folgende: die Cauterisation, die Scarification, das Abbinden eines Theiles der Scheidenwand und die Incision.

Die Cauterisation: Schon die älteren Aerzte suchten den Scheiden-Gebärmuttervorfall durch adstringirende Mittel zu heilen, wiewohl stärkere, die Scheidenwandungen oder Theile derselben zerstörende Aetzmittel erst in späterer Zeit benutzt worden sind. Meding zerstörte eine Hühnerei grosse Vaginal-Geschwulst bis auf einen ganz unscheinlichen Rest, indem er sie vier Wochen lang mit Höllenstein betupfte. Laugier benutzte zuerst das salpetersaure Quecksilber zur Cauterisation der Scheide bei Vorfällen. Doch sollen seine Erfolge nur vorübergehende gewesen sein und sich in einem in dieser Weise operirten Falle später von Neuem ein unvollkommener Gebärmuttervorfall gebildet haben.*) Dieffenbach benutzte das Glüheisen und will damit gute Resultate erzielt haben. Der Vorgang bei Anwendung der Cauterisation ist der, dass sich ein Brandschorf bildet, nach dessen Ablösung eine Eiterung mit narbiger Contraction der Scheide und zugleich eine intimere Verwachsung der Scheidenschleimhaut mit den darunter liegenden Theilen stattfindet. Wenn es demnach scheinen könnte, dass dieses Verfahren dem Zweck der Scheidenverengerung entspricht, so ist es, wenn es überhaupt gestattet ist, aus den wenigen Fällen, in denen die Cauterisation zur Radikalheilung des Vorfalls angewendet worden ist, ein Urtheil über dieselbe zu fällen, dennoch immerhin ein sehr gewagtes Unternehmen, auf die Scheide das Glüheisen oder andere cauteria zu appliciren, deren Wirkungen in die Tiefe nicht genau zu controlliren sind und sich nur allzuleicht auf die darunter liegenden Beckenorgane und auf das Bauchfell erstrecken und hier heftige Entzündungserscheinungen hervorrufen können. Erwägt man, dass man bei der Operation mit dem Messer bei einiger Vorsicht die anderen Beckenorgane sehr wohl zu schonen im Stande ist, und dass die Naht die Dauerhaftigkeit der Vereinigung viel sicherer verbürgt, als die Narbenkontraktion nach der Cauterisation, so wird heutzutage wohl kaum Jemand einen einigermassen beträchtlichen Prolaps durch Cauterisation zur Heilung bringen wollen.

Ganz ähnlich steht es mit der Scarification, oder dem sogenannten blutigen Schröpfen der Scheide, welches Verfahren übrigens kaum eine Verengerung, sondern günstigen Falles nur eine intimere Ver-

*) s. Busch „Geschlechtsleben des Weibes." Bd. V, pag. 383.

wachsung der Scheidenwandungen mit den darunter liegenden Theilen erzielt und somit der Cauterisation sogar noch um Vieles nachsteht. —

Was das Abbinden eines Theiles der Scheide betrifft, so wurde diese Operation so ausgeführt, dass man den vorgefallenen Theil der Scheide mit einem Haken herabzog, darauf dicht darunter eine platte gekrümmte Nadel in die Scheidenwand einstach und einige Linien weiter die Nadel wieder herauszog, in dieser Weise in Hufeisenform die ganze den Vorfall bildende Geschwulst umstach, die beiden am unteren Ende hervorragenden Fadenenden in einen Knoten mit einer Schleife knüpfte und nach zwei bis drei Tagen den Faden fester zuzog, bis der dadurch brandig gewordene Theil der Scheide abfiel; es erfolgte darauf Eiterung und Narbenbildung. Auch diese Operation ist, abgesehen von den Schwierigkeiten, welche ihre Ausführung wohl bieten mag, auch aus dem Grunde zu verwerfen, weil zu fürchten ist, dass die Ligatur tiefer gelegene Theile mit einschliesse und in diesen heftige Entzündungen bewirke.

Die nun zu beschreibende Operation, die Excision eines Theils der Scheidenschleimhaut, oder die Elytrorrhaphie im engeren Sinne, tritt dem richtigen Verständniss der Entstehung des Vorfalls bedeutend näher und bildet den Uebergang zu den vollkommeneren, jetzt am meisten geübten Operationen des Vorfalls. Die in Rede stehende Operation ist im Jahre 1823 zuerst von Girardin angegeben und von Marshall Hall zuerst ausgeführt worden. Letzterer entfernte einen Lappen von anderthalb Zoll Breite aus der Scheidenschleimhaut längs der ganzen Länge der Scheide und vereinigte die Wundränder mit Heftfäden. Velpeau legte die Heftfäden vor der Excision ein, indem er, und später M. Sims, den auszuschneidenden Theil in eine Falte erhob, und schnitt ein $2\frac{1}{2}$ Zoll langes, 10 Strich breites Stück aus der vorderen Wand und ähnliche aus der hinteren und den beiden seitlichen aus. Dieffenbach fasste die innere Haut der Scheide mit einer Muzeux'schen Hakenzange in eine Falte, zog diese herab, während er gleichzeitig den uterus etwas zurückdrücken liess, und schnitt die Falte mit einem konvexen Messer weg, so dass ein Stück von Form und Grösse eines Hühnereies excidirt wurde. Ein solches Stück excidirte er sowohl an der rechten als auch an der linken Seite der Scheide und vereinigte dann jede Wunde durch fünf Knopfnähte. In anderen Fällen nahm er die Excision nach der Reposition des uterus innerhalb der Scheide vor, was leichter aus-

führbar ist, aber bei mangelhafter Vorsicht eine Gefahr für Blase und Mastdarm befürchten lässt. Der Erfolg der Elytrorrhaphie war in manchen Fällen ein guter. Die Ausführung der Operation ist nicht schwierig, nur hat man, wenn man in situ der Theile operirt, genau die Lage der Harnblase und des Mastdarms zu exploriren und am besten während der Operation den Katheter in der Blase liegen zu lassen, und letztere durch den Katheter etwas zu erheben. Es lag sehr nahe diese Operation der Excision mit der oben beschriebenen der Perinaeorrhaphie zu verbinden, und in der That liefert, wie schon oben durch zwei Fälle aus der hiesigen Klinik dargethan worden ist, diese Combination unter Umständen gute Resultate. Zum ersten Male hat Baker Brown im Jahre 1853 diese combinirte Operation ausgeführt, durchdrungen von dem vollen Verständniss des Zustandekommens eines Prolaps, indem er behauptete, dass Dammrisse sowie Schlaffheit und Dehnung der Scheidenwände die bei weitem häufigsten Ursachen für den Vorfall abgeben und dass demnach die wirkliche Beseitigung der Ursachen nur in der Verlängerung des Dammes und Verengerung der Scheide bestehen könne. Die Ausführung der Operation besteht darin, dass nach Reposition des Vorfalls und nachdem Patientin die Steinschnittlage eingenommen, die untere Hälfte des Scheideneinganges ungefähr bis ein Zoll tief in die Scheide hinein angefrischt und der angefrischte Theil durch weit und einige eng umfassende Nähte vereinigt wird. Der Unterschied dieser Operation von der Fricke'schen besteht darin, dass etwas weniger von den grossen Schamlippen und etwas mehr von der Scheide weggenommen wird.

Diese Methode trifft im Grunde bei umfangreichen Vorfällen derselbe Vorwurf, wie die Episiorrhaphie. Die Scheidenverengerung ist hier eine so unbedeutende und ausserdem erst so sehr weit unten beginnend, dass der uterus, nachdem er ungehindert bis zum unteren Scheidentheil prolabirt ist, durch diesen mit Leichtigkeit hindurchtreten kann und alsdann auf den Damm, welcher überdies hier noch weniger fest und tief ist als bei der Episiorrhaphie, dieselben zerrenden Wirkungen ausübt, ihn usurirt, die Oeffnung der vulva vergrössert und zu letzterer heraustritt. Diese Operation kann demnach dann gute Erfolge haben, wenn die Operirten sich gehörig schonen und der Vorfall keine grosse Ausdehnung hat, während sie bei sehr grossen Vorfällen durchaus keinen sicheren Erfolg verspricht. —

Eine ergiebige Art der Scheidennaht rührt von Marion Sims her. Er schnitt ein sehr grosses elliptisches Stück der vorderen Vaginalwand aus und vereinigte die Wundränder durch Silberdrahtnähte. Später vertauschte er die elliptische Anfrischung mit einer dreieckigen, mit oben offenem Winkel, so dass die Spitze der Anfrischung am Blasenhalse und die oberen Enden derselben zu beiden Seiten des Muttermundes lagen. Oben blieb somit eine Oeffnung, und in diese hatte sich der cervix eingezwängt und der Patientin bedeutende Schmerzen verursacht, weshalb Emmet die Anfrischung in Form eines vollkommen geschlossenen Dreiecks machte; neuerdings macht Sims die Anfrischung maurerkellenförmig, welches Verfahren ebenfalls die Einklemmung des cervix verhütet und den Secreten freieren Abfluss gestattet.

Ist die sich bildende Narbe fest genug, um die Last des uterus auszuhalten, so ist letzterer an vollkommen normaler Stelle zurückgehalten und aus dem Vorfall nicht etwa blos ein descensus gemacht, sondern sogar eine vollständige Reposition desselben bewirkt. Wie aber soll es geschehen, dass auf dem oberen schmalen Ende der längs der vorderen Vaginalwand verlaufenden Narbe die schwere Last des in seinen Verbindungen gelockerten und deshalb nach unten tendirenden uterus dauernd ruhen könnte? Est ist viel wahrscheinlicher, dass der cervix uteri und mit ihm auch der uterus hinter der Narbe herabgleitet, die hintere Viginalwand entlang bis zum Damm gelangt und nach Dehnung des letzteren aus der vulva hervortritt. Jedenfalls aber ist durch die Kolporrhaphia anterior dem Vorfall der hinteren Wand kein Hinderniss entgegengesetzt, weshalb es leicht geschehen kann, dass durch Vorfallen der hinteren Vaginalwand und die dadurch erfolgende Zerrung der hinteren Muttermundslippe der cervix, selbst wenn er auf dem oberen Ende der vorderen Vaginal-Narbe feststünde, von da in den Scheidenkanal herabgezogen wird. Deshalb könnte diese Operation an und für sich wohl nur da von Erfolg sein, wo die Patientin sich nach der Operation schonen kann, wo der Vorfall klein ist und der uterus eine mehr retrovertirte Stellung einnimmt. Combinirt man aber diese Operation mit einer anderen für die Radikalheilung des Vorfalls bestimmten Operation, z. B. mit der weiter unten zu besprechenden Kolporraphia posterior, so erweist sie sich in vielen Fällen als eine brauchbare und die andere Operation sicher und erfolgreich unterstützende.

Letzterer Satz wird durch folgenden Fall bestätigt, bei welchem trotz vorangegangener Kolporhaphia posterior die vordere Scheidenwand nach vorn drängte und dieser Zustand durch Excision der vorderen Scheidenwand beseitigt wurde. Er betraf das Dienstmädchen C. D. aus Breslau, 26 Jahr alt.

Sie wurde im Januar dieses Jahres in die hiesige gynäkol. Klinik aufgenommen, weil sich eine vor ihren Genitalien sichtbare und, wie sie angab, immer grösser gewordene Geschwulst zeigte.

Patientin hatte fünf Jahre vor ihrer Aufnahme in die Klinik geboren, hatte ein normales Wochenbett, normale und regelmässige Menstruationen, welche jedoch im Juli v. J. aufhörten. Seither hatte sie weissen Fluss, Drängen nach unten, Herzklopfen und anämische Beschwerden.

Der Befund war: Kleine anämische Person, gesunde Brust und Bauchorgane, alter Dammriss bis zum sphincter ani, vordere Vaginalwand völlig invertirt, hintere zur Hälfte; circuläre Hypertrophie und supra-vaginale Elongation; vollständige Mastdarm-Scheidenspalte.

Es wurde die Kolporrhaphia posterior in der Weise gemacht, dass die hintere Vaginalwand 5 Cm. lang und 4 Cm. breit angefrischt und durch 8 Nähte vereinigt wurde. Darauf wurde der Damm und die Ränder des Mastdarmrisses angefrischt; an letzteren wurden 5 Nähte und an den Damm 4 Nähte angelegt, wozu noch 5 Vaginalnähte hinzukamen. Vierzehn Tage nach der Operation zeigt die Untersuchung die Dammwunde vollständig vernarbt in der ganzen Länge der Anfrischung, die Scheidenwunde ebenso, besonders eng im oberen Theile. Beim Drängen tritt nichts hervor; der uterus steht über der oberen Verengerung. Die Communication zwischen Scheide und unterstem Theile des rectum ist geschlossen, die Funktion des Sphincter hergestellt. Patientin wurde entlassen, stellte sich jedoch vier Wochen darauf in der Klinik wieder vor und hier ergab die Untersuchung, dass sich die vordere Vaginalwand in ihrer ganzen Länge wieder hervordrängte; die portio vaginalis erschien vor dem Damm, die hintere Scheidenwand aber war selbst mit Zug am Mutterhalse nicht umzustülpen. Es wurde unter diesen Umständen die Excision der vorderen Vaginalwand gemacht, so dass ein grosses querovales Stück aus letzterer ausgeschnitten wurde; es wurde die Wunde durch 4 tiefgreifende, weit umfassende und 4 nur die Ränder umfassende Nähte vereinigt. Darauf erfolgte auch noch eine An-

frischung und Vereinigung am Damme auf eine Höhe von 3 Cm. mit breiter oberer Basis. Der Erfolg dieser Nachoperation war ein sehr guter; beide Scheidenwände sind bis heut noch nicht prolabirt, der uterus in situ. Patientin verrichtet nun schon viele Monate hindurch schwere Arbeiten, ohne dass ein Vorfall sich einstellt. —

In dem nun folgenden Falle ist die Heilung des Vorfalls ganz allein durch die Sims'sche Operation erfolgt, wobei freilich zu beachten ist, dass hier die meisten der oben angeführten günstigen Momente vorlagen: der Vorfall war klein und der uterus in Retroversions-Stellung. Er betraf:

Die Ochsenknechtfrau Maria S. aus Oels, 51 Jahr alt, welche am 25. Juni 1868 in die Klinik aufgenommen wurde. Patientin war als Mädchen stets gesund, wurde mit 14 Jahren zum ersten Male menstruirt, die Menses flossen in regelmässigen Intervallen, waren immer von achttägiger Dauer. Mit 30 Jahren geheirathet, hat sie zwei Kinder leicht und lebend geboren, das letzte 16 Jahre vor ihrer Aufnahme in die Klinik. Nach dieser letzten Entbindung entwickelte sich ein Vorfall der vorderen Scheidenwand, der mit der Zeit auch den uterus und die hintere Scheidenwand herunterzog.

Befund: Vordere Wand vollständig vorgefallen, cervix verlängert und verdickt, portio vaginalis mit tiefgehenden Erosionen bedeckt, Cystocele vaginalis in bedeutendem Grade. Hintere Scheidenwand ist nicht vorgefallen; Damm ist erhalten. Uterus retrovertirt und descendirt.

Herr Professor Spiegelberg führte die Operation von Marion Sims in folgender Weise aus.

Patientin nahm die Bauchlage ein; die hintere Wand der Scheide wurde mit der Rinne emporgehalten und mit einer Sförmigen Sonde die vordere Wand in der Mitte niedergehalten. Darauf erfolgte die Anfrischung erst links, dann rechts 1½ Cm. unterhalb des Muttermundes beginnend und 2 Cm. über der Urethral-Oeffnung endigend. Die Anfrischung war schwer, weil das Gewebe zu schlaff war und somit fortwährend verschoben wurde, in Folge dessen auch die Sonde hin und her glitt. Die Blutung wurde durch die lange Dauer der Operation, die eine Folge der so nothwendigen Exaktheit der Anfrischung ist, bedeutend. Bei der Vereinigung wurden zuerst die die Wundfläche umfassenden Fadennähte angelegt, dann die inneren Wundränder über der Sonde vereinigt, um so gleich die bleibende

Rinne, den Canal, der vom Muttermund zur Urethralöffnungs-Gegend führen soll, herzustellen. Ueber den inneren Nähten und der unterliegenden Sonde wurden die Hauptnähte vereinigt — 5 an Zahl mit zwischen ihnen liegenden 5 inneren Nähten. Das Nähen war nicht ganz leicht, es bedurfte sehr stark gebogener Nadeln, um von einer Seite zur anderen die breite Wundfläche innerhalb des breiten speculum zu umstechen. Nach der Operation, die fast zwei Stunden dauerte, zeigte sich die Fläche der Vaginalwandungen sehr verkleinert, ihre Seitentheile gespannt. Bei späterer Untersuchung zeigte sich die Scheide durch die Operation verengt, ein Vorfall war nicht vorhanden. —

Wenn hiernach der Erfolg der Episio-Elytrorrhaphie in vielen Fällen deswegen kein guter war, weil die Anfrischung nur einen kleinen Theil der Scheide betraf und der uterus ungehindert den grössten Theil der Scheide herabgleiten konnte, wenn Marion Sims andererseits schon hoch oben eine Scheidenverengerung zu Wege brachte und seine Operation, wenn ihr auch die erwähnten Mängel anhaften, in Bezug auf die Zurückhaltung des uterus an normaler Stelle durch die Höhe der Anfrischung einen ganz richtigen Weg zur Erreichung der Retention des Vorfalls einschlug, so ergab sich fast von selbst der Gedanke, ob nicht eine ebenso kühne Excision der Scheide, an der hinteren Wand derselben ausgeführt und verbunden mit Dammbildung, die Vortheile der beiden genannten Operationen in sich zu vereinigen geeignet wäre, ohne ihre Nachtheile mit sich zu führen. Es ergab sich hieraus in naturgemässer Fortentwickelung die von Simon zuerst im Jahre 1866 ausgeführte Operation der Kolporrhaphia posterior mit Dammbildung. Diese Operation wurde auch von Herrn Professor Spiegelberg in zahlreichen Fällen mit sehr gutem Erfolge ausgeführt; die Art und Weise der Ausführung war folgende:

Die chloroformirte Kranke wurde in Steinschnittlage gebracht, darauf die vagina durch seitlich angelegte Hebel, oder die Simon'schen Fenster, geöffnet und so die hintere Wand möglichst gespannt. Darauf wurde die Grenze der zu excidirenden Parthie blutig markirt, diese Parthie mit dem Ulrich'schen platten Doppelhaken nach unten gespannt, und der Lappen so breit als möglich, und zwar von oben nach unten an Breite zunehmend, bis zum Perinaeum ausgeschnitten; die vorderen Enden der Wunde lagen ungefähr in der Höhe der

Mitte der Labien. Die Form der Wunde war entweder dreieckig mit abgestumpftem oberen Winkel, oder viereckig, d. h. die obere Grenze recht breit — nach Simon — die Länge des Lappens bis zu 6 Cm. Darauf wurde mit abwechselnd eng und weit umfassenden Nähten, welche in einer gegenseitigen Entfernung von je 1 Cm. lagen, vereinigt. Je weiter nach unten, um so weiter umfassten die Nähte den Wundrand, weil hier die grösste Spannung zu überwinden ist. Gelangte man mit der Naht in das Bereich des vestibulum, so wurde der Damm bis zur Höhe der Mitte der Labien wund gemacht und hier enge aber tief umgreifende Drahtnähte, gewöhnlich 4 an Zahl, angelegt und geschnürt. — Die Nachbehandlung bestand in lauwarmen Einspritzungen in die Scheide vom zweiten Tage an und Darreichung von Opium. Die Dammnähte wurden nach 7 Tagen, die Scheidennähte nach 10—14 Tagen entfernt.

Die ausgezeichneten Resultate dieser Operation beruhen auf folgenden Verhältnissen: Es ist klar, dass die Retention des Vorfalls um so vollständiger ist, je höher hinauf die Scheide verengt wird. Wird aber die Scheide, wie hier, bis 5—6 Cm. hinauf angefrischt, so bildet sich eine feste und derbe Narbe an der hinteren Vaginalwand, welche ihrerseits noch an dem festen Damm eine gute Stütze findet. Der feste Wall an der hinteren Vaginalwand hat den Effekt, dass bei Anteversions-Stellung des uterus der cervix uteri auf dem oberen Ende des Walles einen festen Stützpunkt findet. Durch die Schwere des uterus kann sich an dieser Stelle eine Vertiefung in der Recto-vaginal-Wand bilden, welche aber nie so ausgedehnt werden kann, dass etwa, wie sich nach der Episiorrhaphie sehr häufig durch Andrängen des uterus gegen den Damm eine Dammhernie bildet, sich hier eine Hernie in das Lumen des rectum hinein bilden könnte, weil ja der unmittelbar darunter liegende feste Wall einer so beträchtlichen Vorstülpung sehr bedeutenden Widerstand leisten würde. Ist andererseits der cervix bei Retroversions-Stellung des uterus nach vorn gerichtet, oder steht er in der Axe des Vaginalcanals, so kann, wenn die vordere Vaginalwand nachgiebig und der uterus sehr schwer ist, dieser höchstens bis zur Symphyse herabgleiten. Denn von der Symphyse an ist die vordere Vaginalwand mit der hinteren Fläche der horizontalen und absteigenden Schambeinäste fest verwachsen und kann somit, besonders bei so sehr verengter Scheide, dem weiteren Andrängen des uterus widerstehen. Es wird dann bei

Retroversions-Stellung des uterus der cervix auf der Symphyse festsitzen und so eine noch viel festere Stütze am Knochen haben, oder im Falle die Richtung des uterus mit der der Vaginalaxe übereinstimmt, wird der uterus zwar etwas tiefer herabtreten können, wird jedoch immer an eben jener vorzugsweise verengten Stelle des Scheidencanals, wo die vordere Scheidenwand an den Schambeinen befestigt und deshalb unnachgiebig ist, zurückgehalten werden, so dass es zu einer bedeutenden Annäherung des uterus an den Damm nicht kommen kann. Ausserdem wird aber auch, sollte eine Senkung der vorderen Scheidenwand eintreten, ein Vorfall derselben schon durch den Umstand verhindert, dass durch diese Operation die vordere Scheidenwand an der hinteren ihre normale gute Stütze wiedererlangt hat, indem durch die Operation die normale vordere Krümmung des Scheidencanals wieder hergestellt ist. Es leistet demnach die Simon'sche Operation alles, was überhaupt gegen den prolapsus geleistet werden kann: sie weist dem uterus einen hohen fast normalen Standort an und hält ihn daselbst zurück. Auf die Neigung desselben zum Prolabiren können wir selbstverständlich keine Wirkung ausüben, da wir überhaupt nur auf den einen Faktor, der zur Entstehung des Vorfalls beiträgt, auf die Erschlaffung und Erweiterung der Scheide einwirken können, der andere Faktor hingegen, der grösser gewordene uterus nämlich und die Erschlaffung der ihn fixirenden Bänder ausserhalb unseres Machtgebietes liegt. Danach muss ein Vorfall als möglichst vollkommen geheilt betrachtet werden, wenn die Scheide ihren normalen Tonus wiedererlangt hat, der uterus, wenn auch etwas descendirt, so doch hoch oben im Scheidencanal zurückgehalten wird und man sich durch längere Zeit hindurch überzeugt hat, dass viele Körperbewegung, schwere Arbeiten, heftiges Drängen u. a. an der Retention des Vorfalls nichts geändert hat. In diesem Sinne sind denn auch die Erfolge der Kolporrhaphia posterior, entsprechend dem oben ausgeführten theoretischen Raisonnement ganz besonders gute gewesen. Es sind mir durch die Güte des Herrn Professor Spiegelberg fünfzehn Fälle zur Einsicht und Mittheilung überlassen worden, in denen er selbst diese Operation ausgeführt hat; diese Operationen sind theils für sich allein ausgeführt worden, theils erst nachdem ihnen andere erfolglose Operationen voraufgegangen waren. In dreizehn dieser Fälle trat eine durch längere Zeit hindurch beobachtete vollständige Retention des Vorfalls ein; in einem der Fälle trat deshalb kein

Erfolg ein, weil ein zu schmaler Damm gebildet worden war und in einem anderen Falle, in welchem bei bedeutendem Dammriss ein Vorfall der vorderen Vaginalwand und des uterus vorgelegen hatte, und welcher die oben genannte 26 Jahr alte Caroline D., Dienstmädchen aus Breslau, betraf, war zwar im Uebrigen Heilung eingetreten, nur begann die vordere Scheidenwand wieder hervorzutreten, was alsbald durch Excision der vorderen Scheidenwand und Dammbildung beseitigt wurde.

Von den dreizehn vollständig geheilten Fällen theile ich in Folgendem einige vollständig, die anderen im Auszuge mit:

Die Waschfrau Dorothea G., 46 Jahr alt, wurde am 2. November 1871 in die Klinik aufgenommen. Patientin, eine mittelgrosse Blondine, regelmässig menstruirt, hat im 24. Jahre zuerst und dann noch dreimal leicht geboren; zuletzt vor elf Jahren. Wochenbetten normal. Seit einem Jahre bemerkte sie einen Vorfall, der stetig zunahm und durch Drängen nach unten sie an der Arbeit hinderte.

Befund: Vorfall der vorderen Scheidenwand in toto, sekundärer descensus uteri und sekundärer Tiefstand des hinteren Scheidengrundes. Divertikelbildung der Blase bis zur Spitze der vorderen Muttermundslippe; Totallänge der uterus-Höhle 10,5 Cm., wovon die Hälfte ca. auf das collum kommt. Portio vaginalis sehr kurz, hyperämisch, mässige circuläre Hypertrophie.

Es wird zunächst eine Excision der portio vaginalis gemacht, es findet hierbei eine reichliche Blutung statt. Mehrere Tage darauf wird die Kolpo-Perinaeorrhaphia posterior ausgeführt. Patientin nimmt die Rückenlage ein bei horizontal liegendem os sacrum; starke Seitenhebel werden angelegt, die hintere Wand durch an die äusseren Theile derselben jederseits gesetzten platten Haken gespannt. Darauf folgt eine wenigstens 6 Cm. lange, breite, oben stumpf endigende, in ihrem mittleren Theile die ganze hintere Scheidenbreite umfassende Anfrischung, die der Mastdarmschleimhaut sehr nahe kommt; die Anfrischung wird in noch breiterem Umfange über die vulva und den Damm geführt. Sechs tiefgreifende Scheidennähte werden angelegt, dann vier tiefgreifende Silbernähte durch den Damm, darauf am vorderen Wundwinkel drei Scheidennähte. Es entsteht ein wenigstens 5 Cm. hoher Damm, dick und breit; Scheide im unteren Theile recht verengt. Die Beine werden zusammengebunden; Ruhe im Bett; Opium und kalte Umschläge werden angewendet. Die Nähte werden

nach mehreren Tagen entfernt und die Wundfläche oberflächlich mit argent. nitric. geätzt. Bei der Entlassung der Patientin war der Befund folgender: Der Damm ist 4—5 Cm. hoch, sehr breit und dick; die Scheidennarbe ist zu einem dicken und breiten Wall geworden, der nach links und oben reicht; uterus in situ. Dieser Vorfall kann als vollständig geheilt angesehen werden, weil derselbe eben beschriebene Befund noch 1¼ Jahr nach der Entlassung der Patientin sicher konstatirt wurde, trotzdem letztere während dieser ganzen Zeit unausgesetzt schwer gearbeitet hatte. —

Von demselben guten Erfolge waren folgende Operationen begleitet:

Das Dienstmädchen Henriette U., 29 Jahr alt, wurde am 19. November 1872 aufgenommen. Patientin hatte einmal, zwei Jahre vor ihrer Aufnahme geboren; im dritten Monat der Gravidität fiel sie unversehens und bemerkte seitdem eine Geschwulst vor dem Schooss, die namentlich seit der Niederkunft immer grösser wurde. Sie trug vier Wochen lang einen Meyer'schen Ring, derselbe fiel jedoch wiederholt heraus. Sie hatte starken Ausfluss, Schmerzen im Unterleib, besonders beim Wasserlassen und hatte seit ihrer vor zwei Jahren erfolgten Geburt nicht menstruirt.

Befund: Blasses aber kräftiges Individuum; vor den Genitalien ein faustgrosser tumor; die vordere Scheidenwand ganz, die hintere zum grössten Theil vorgefallen. Cystocele. Die Harnröhre befindet sich an der Spitze des tumor. Die vordere Scheidenwand ist bis zum Muttermund 7½ Cm. lang, die hintere ist 5 Cm. lang vorgefallen; die Blase bildet einen Divertikel bis an die Spitze des tumor. Der Damm ist atrophisch, das collum supravaginale ist elongirt, uterus retroflektirt; seine Höhle misst 10,5 Cm., wovon auf das collum 7,25 Cm. kommen.

Operation: Grösstes Fenster-Speculum von Simon wird angewendet und reicht bis nahe an die portio vaginalis; spannt die seitlichen Scheidenwände stark; an der vorderen Wand ein Platten-speculum. Der äussere Umfang des speculum wird seitlich mit dem Messer umschrieben. Die Anfrischung im speculum links leicht, rechts wegen Falten schwer; drei Mittelstreifen schwer abzupräpariren. Die Operation wurde in bekannter, oben bereits mehrfach angegebener Weise vollendet; es wurden 8 Scheiden- und 4 Dammnähte angelegt. Der Blutverlust war reichlich, die Scheide besonders in ihrem oberen

Theile bedeutend verengt. Die Patientin wird, nachdem der Prolaps vollständig beseitigt war, entlassen. Auch heute, also nach sieben Monaten, ist das Nichtvorhandensein eines Vorfalls sicher festgestellt.

Im folgenden Falle ist ein umfangreicher Vorfall durch die Kolporr. post. geheilt worden, nur begann $1\frac{1}{4}$ Jahr nach der Operation die vordere Scheidenwand vorzufallen, welches letztere durch eine Excision der vorderen Scheidenwand leicht zu beseitigen ist. Der Fall betraf die Ziegelstreicherfrau Johanna R. bei Canth wohnhaft, 36 Jahr alt.

Patientin wurde am 27. April 1872 aufgenommen. Sie hat dreimal geboren, das erste Mal vor sieben Jahren, das letzte Mal vor fünf Jahren, vor acht Jahren hat sie einmal abortirt. Seit der letzten Entbindung tritt eine apfelgrosse Geschwulst vor die äusseren Genitalien, die nach und nach immer grösser wurde; sie war leicht reponibel, erregte aber, wenn reponirt, das Gefühl von Schwere und Drängen im Unterleibe. Appetit gut, Stuhlgang retardirt, Urinentleerung leicht, nur am Ende derselben empfindet Patientin krampfhafte Schmerzen in der Blase. —

Befund: Ziemlich gut aussehende und kräftige Frau mit leicht schwankendem Gang. Vor der vulva liegt eine faustgrosse eiförmige Geschwulst, deren Bedeckung wie die äussere Haut aussieht und ganz trocken ist, am unteren spitzen Ende der Geschwulst liegt eine klaffende Querspalte, Muttermund, umgeben von guldengrossen Erosionen, die mit Eiter belegt sind. Der tumor wird gebildet von der verdickten Scheiden-Schleimhaut, welche ganz umgestülpt ist, von einem Blasendivertikel, das etwa bis zu $1\frac{1}{2}$ Cm. vom unteren Ende des tumor reicht und von dem ganzen uterus, der nur sehr wenig vergrössert ist und dessen fundus mit den abgehenden tuben und lig. rotund. man am oberen Ende des tumor fühlt. —

Als vorbereitende Operation wird die amputatio colli uteri gemacht.

Patientin, nicht chloroformirt, wird auf den Operationsstuhl gesetzt, die Procidenz vorgedrängt, das Blasendivertikel durch den Katheter gardirt. Es wird die Platinschlinge vorn und hinten je 1 Cm. über dem unteren Ende des tumor angelegt, mit Haken fixirt und die Schleimhaut mit starkem Strom rasch durchgeglüht. Die erste Schlinge reisst, die zweite wird in dieselbe Furche gelegt und nun langsam durchgeglüht; es bildet sich ein schöner Cauterisations-

trichter. Darauf wird der Vorfall reponirt, die Kranke in's Bett gebracht, kalte Compressen auf die vulva gelegt und Opium dargereicht.

Drei Wochen darauf, nachdem der Brandschorf sich abgestossen und die Kranke sich erholt hatte, wird die hintere Scheiden-Dammnaht vorgenommen. Es wird in der bekannten Weise die hintere Scheidenwand breit ausgeschnitten, eine breite Damm-Anfrischung gemacht, wobei eine sehr reichliche Blutung erfolgte, und zehn Scheidennähte, vier tiefe Damm-Drahtnähte und einige Knopfnähte angelegt. Achtzehn Tage nach der Operation wird Patientin, da alles gut verheilt und der Vorfall beseitigt ist, entlassen. Fast 1¼ Jahr nach der Operation vollständige Retention des uterus in retrovertirter Stellung hoch oben im Becken, nur war die vordere Scheidenwand prolabirt, so jedoch, dass ein angelegter Ring diesen Vorfall vollkommen beseitigte.

Ein anderer Fall von sehr komplizirtem Prolaps betraf das Dienstmädchen Clara R., 20 Jahr alt, welche am 27. März 1871 aufgenommen wurde. Patientin, früher stets gesund, menstruirte zuerst mit 19 Jahren; die Menstruation war unregelmässig und schmerzhaft. Sie hat nie geboren. Seit circa einem Jahre bemerkte sie einen Vorfall, der nach ihrer Aussage durch schweres Arbeiten entstand, nie reponirt wurde und allmählich zunahm; es stellten sich Kreuzschmerzen ein, Schmerzen und Brennen beim Wasserlassen; Stuhl unregelmässig, Obstipation vorherrschend.

Befund: Ueber faustgrosser tumor vor der vulva. Vorn ist die ganze Scheide invertirt, hinten ein 2 Cm. langer Rest erhalten. Die Blase ist in hohem Grade bis an die Spitze des Vorfalles invertirt, so dass der normal liegende Rest nur einen geringen Raum einnimmt. Der Divertikel liegt nicht median, sondern rechts. Vom Muttermunde, an dem sich Erosionen finden, zieht sich der fingerdicke Mutterhals, der schlaff, biegsam und schlank ist, bis zu den Labien und geht hier in den kaum wallnussgrossen uterus über; der fundus liegt zwischen den Labien. Man fühlt beide breite Mutterbänder, die in die Höhe gehen, und die pulsirenden Arterien. Die Totallänge des uterus beträgt 8 Cm., davon kommen auf das collum 6 Cm.

Operation: Scheidendammnaht. Nachdem der Vorfall reponirt ist, wird die hintere Scheidenwand circa 4 Cm. hoch flach angefrischt.

Die seitlichen Schnitte umfassen das untere Drittel der grossen Labien. Der Damm wird ebenfalls, jedoch nur in geringer Ausdehnung, angefrischt. Es werden fünf tiefgreifende Scheidennähte dicht am Wundrande eingestochen, angelegt, darauf vier tiefe Dammnähte; in den Damm werden noch vier oberflächliche Knopfnähte gelegt. Dauer der Operation ½ Stunde. Zwölf Tage nach der Operation wird Patientin, da der Damm breit und fest und der Prolaps gut zurückgehalten ist, entlassen. Ein Jahr darauf zeigte sich ein geringer descensus der vorderen Scheidenwand, im Uebrigen war der Vorfall vollständig zurückgehalten. —

In dem folgenden, äusserst komplizirten Falle hat die hintere Scheidendammnaht, welche nach voraufgegangener seitlicher Anfrischung und Aufhängung der vorderen Scheidenwand an der hinteren ausgeführt wurde, eine durchaus vollständige Heilung bewirkt, welche noch zwei Jahre nach der Operation konstatirt wurde. Der Fall war folgender:

Emma J., Tischlergesellenfrau, 24 Jahr alt, hat zweimal geboren, das erste Mal drei Jahre vor ihrer Aufnahme in die Klinik, welche am 2. November 1869 stattfand. Bald nach dieser Entbindung, welche mit der Zange beendet werden musste, bemerkte Patientin den Vorfall ihrer Genitalien, welcher sich nach der ein Jahr darauf erfolgten zweiten Entbindung noch mehr steigerte und zu der jetzt bestehenden Grösse angewachsen ist, da Patientin die ganze Zeit über keine ärztliche Hülfe in Anspruch genommen hat. Die Menstruation trat mit dem 18. Jahre zum ersten Male ein und blieb stets regelmässig bis zur zweiten Schwangerschaft, seit welcher Zeit sie sich sehr unregelmässig einstellt, so dass der normale Typus verschwunden ist.

Die Blase geht bis zum äusseren Muttermund herunter — Cystocele vaginalis — und ist vollständig umgestülpt und nach unten dislocirt. Vordere Scheidenwand ist ganz heruntergefallen, ebenso die hintere; uterus ebenfalls gesenkt. Scheide enorm verdickt. Einfache Ulceration um das orificium. Uterus gegen 5 Zoll lang mit bedeutend erweiterter Höhle, so dass die uterus- und cervical-Höhle nicht bestimmt zu trennen sind. Die portio vaginalis ist nicht so enorm hypertrophisch und liegt versteckt in den hypertrophischen Scheidenwänden. Patientin verliess die Anstalt und kehrte erst zwei Monate darauf wieder in dieselbe zurück.

Hier wurde nun folgender Befund konstatirt: Vollständige Inversion beider Scheidenwände, die vordere Wand in einer Länge von 8½ Cm., die hintere von 6¼ Cm. prolabirt; der uterus in Retroversionsstellung; Höhle erweitert und circa 11 Cm. lang, wovon 7 Cm. auf die portio vaginalis kommen. Die Orificial-Ränder sind im Umfange von circa 3 Cm. mit flachen Ulcerationen besetzt, zugleich kolbig verdickt. Die Blase bildet einen sehr bedeutenden Divertikel und geht bis zum vorderen Muttermundsrande herab. Rectocele nicht vorhanden; der Damm ist atrophisch und dicht über ihm ist die vordere Rektalwand ein wenig ausgebaucht. Bei der Reposition der Scheide knickt das collum uteri in sich zusammen.

Operation: Zuerst wird eine bilaterale Anfrischung der Scheide vorgenommen, so dass der untere Theil der vorderen Wand auf den oberen Theil der hinteren gebracht wurde. Es wird jederseits ein 2 Cm. breiter und ebenso langer Lappen abpräparirt, in der Mitte bleibt ein 2—3 Cm. freier Zwischenraum; dies alles wird bei prolabirten Theilen ausgeführt und durch einen Haken die anzufrischenden Flächen gespannt; bei der Operation an der hinteren Wand wird der ganze Vorfall mit einem Haken in die Höhe gezogen. Darauf werden die Nähte von der vorderen zur hinteren Wand und umgekehrt angelegt, mit flachkrummen Nadeln die Wundflächen umkreist. Darauf werden die zugehörigen Enden geknotet, so dass jeder Faden eine Schlinge bildet, jede Schlinge von dem Assistenten auf je einen Finger gebracht, lose gespannt, der Vorfall reponirt und nun die Wundflächen durch Schluss der Nähte vereinigt. In der Mitte des Scheidengrundes blieb eine für die Spitze des kleinen Fingers hinreichende Passage. Die Dauer dieser Operation war ¾ Stunden. Vorstehende Operation ist die von Spiegelberg angegebene und mehrfach ausgeführte Operation der „Aufhängung der vorderen Scheidenwand an der hinteren," von welcher weiter unten die Rede sein wird.

Sieben Tage nach Ausführung dieser Operation wurde an der Patientin die hintere Scheidendammnaht ausgeführt und die Scheidenwunde durch sieben tiefgreifende, die Dammwunde durch vier tiefgreifende Nähte geschlossen. Nach der Operation zeigte sich der Introitus sehr eng, eine gut nach vorn gekrümmte, straffe hintere Vaginalwand, der Damm breit; die Scheiden-Adhäsionsfläche wurde bei der Operation an der hinteren Scheidenwand nicht getroffen. Die Untersuchung einige Wochen darauf zeigt den Damm fest und

breit, die Vaginalwände durch Operation und Eiterung bedeutend verengt und straff; die vordere Scheidenwand tritt, auch wenn Patientin nach abwärts drängt nicht herunter. Patientin wird als vollständig geheilt entlassen.

Die vollständige Heilung wurde in diesem Falle zwei Jahre später durch Herrn Dr. Fränkel, früheren Assistenzarzt der Klinik, konstatirt. Letzterer behandelte die Patientin Ende des Jahres 1871 wegen Blutungen bei Abort im dritten Monat der Schwangerschaft. Es zeigte sich hierbei der Prolaps vollständig geheilt, der Damm sehr breit und resistent, die Scheide eng, so dass selbst die manuelle Exploration und Entfernung der placenta ziemlich schwierig war; der uterus stand hoch, Patientin gab an, seit der Operation die schwersten Arbeiten ohne Dammbinde oder irgend welches Pessarium verrichtet zu haben. —

Die anderen Fälle, in denen von Herrn Professor Spiegelberg die Kolporrhaphia posterior mit Dammbildung ausgeführt worden ist, und welche sämmtlich vollständig geheilt sind, theile ich in Kürze mit:

Die Hirtenfrau Rosina H., 64 Jahr alt, hatte einen vollständigen Prolaps beider Vaginalwände, Senkung des senilen uterus, Cystocele und Rectocele, Atrophie des Dammes. — Vollständig geheilt. —

Die Arbeiterfrau Pauline H. aus Breslau, 34 Jahr alt, hatte einen Vorfall der hinteren Scheidenwand mit Rectocele, schmaler, schlaffer und dünner Damm. Vollständige Heilung. —

Das Dienstmädchen Rosalie F. aus Weilsdorf, 24 Jahr alt, litt an Hypertrophie und Vorfall der hinteren Vaginalwand, sekundärem Vorfall der vorderen Scheidenwand, Hypertrophie des collum uteri. — Vollständig geheilt. —

Frau Maurermeister S. aus Kempen, 29 Jahr alt, litt an einer Senkung und Hypertrophie der hinteren Scheidenwand, Senkung der vorderen; schmaler atrophischer Damm. — Dauernd geheilt. —

Die Dienstmagd Auguste K., 22 Jahr alt, hatte einen Vorfall der vorderen und hinteren Scheidenwand, sekundäre Elongation des collum uteri und Tiefstand des uterus. — Sichere Heilung konstatirt. —

Die Hofknechtsfrau Christiane Sch., 31 Jahr alt, hatte einen Vorfall der ganzen hinteren und eines Theiles der vorderen Scheidenwand. Rectocele. — Vollständig geheilt. —

Die Schlosswächterfrau Rosina L. aus Sybillenort, 50 Jahr alt, litt an einem ziemlich bedeutendem Vorfall der vorderen Scheidenwand mit bedeutender Divertikelbildung der Blase. — Vollständige Heilung. —

Die Kaufmannsfrau X. X. aus Lissa, 42 Jahr alt, hatte descensus uteri mit Retroversionsstellung des uterus, Vorfall der hinteren Scheidenwand mit Rectocele. — Vollständige Heilung konstatirt. —

Zur Klasse der hierher gehörigen Operationsmethoden ist noch eine zu erwähnen, welche Herr Professor Spiegelberg zuerst ausgeführt und welche er in manchen Fällen mit recht gutem Erfolg der Kolporrhaphia posterior vorauszuschicken pflegt. Die Operation besteht darin, dass man gleichsam die vordere Scheidenwand an der hinteren aufhängt; anfangs führte dies Spiegelberg durch die bilaterale Scheidennaht aus, da aber dadurch die darauf folgende Excision der hinteren Scheidenwand nicht genügend gross gemacht werden konnte, führte er die Operation so aus, dass er die Mitte des unteren Theiles der vorderen Scheidenwand mit der Mitte des oberen Theiles der hinteren verband, welche Operation er mit dem Namen „mediane Aufhängung der vorderen Scheidenwand an die hintere“ bezeichnete. Diese Operation wird so ausgeführt, dass die hintere Vaginalwand mit einem Häkchen hervorgezogen und so in ihrem oberen Theile gespannt wird, darauf wird sie dicht unter der portio vaginalis etwa in einer Breite von 4 Cm. und Höhe von 2 Cm. angefrischt; in derselben Weise, nur in etwas geringerer Breitenausdehnung frischt man hierauf den unteren Theil der vorderen Vaginalwand an, legt darauf 4—5 Seidennähte durch die vordere Wand von unten nach oben, dann dieselben Fäden durch die hintere Wand von oben nach unten, zieht die Wundflächen auf einander, schliesst die Näthe und schneidet sie kurz ab. Darauf lässt man die Kolpo-Perinaeorrhaphia posterior folgen. Es ist immer gut, beide Operationen in zwei Sitzungen zu machen und zwar zuerst die Adhäsion der Vaginalwunde zu bewirken. Man kann sonst die Nähte der Adhäsionswunde nicht entfernen, wenn man zugleich die hintere Scheiden-Dammnaht macht, da man diese Wunde längere Zeit hindurch unberührt lassen muss.

Diese Befestigung der vorderen Scheidenwand an der hinteren setzt dem Vorfall der vorderen Scheidenwand, der sich bisweilen nach der Kolporrhaphia posterior und zwar besonders dann einstellt, wenn der Vorfall ein sehr beträchtlicher gewesen war, ein ganz ausser-

ordentliches Hinderniss entgegen und ist somit eine die hintere Scheidendammnaht sicher unterstützende Operation. Zwar muss selbstverständlich bei einer etwaigen Geburt die Narbe durchreissen, doch ist dies kein Grund gegen die Operation, da ja diese jederzeit mit Leichtigkeit wiederholt werden kann. Ausserdem steht aber gewiss nichts im Wege, sie bei der grossen Zahl von Frauen anzuwenden, die in dem Alter stehen, in welchem die Geschlechtsfunktionen aufgehört haben: und hier ist immer zu rathen, nicht die bilaterale Adhäsion, sondern die mediane Aufhängung auszuführen, da letztere Operation leichter zu vollführen ist und gegen den Vorfall der vorderen Scheidenwand eine noch sicherere Bürgschaft bietet, als die seitliche Anheftung. Herr Professor Spiegelberg hat diese Operation mehrfach mit Erfolg ausgeführt. Es liegen mir vier Fälle vor, in deren einem er die seitliche Adhäsion, in den anderen drei die mediane Aufhängung vollführte. Erstere Methode wurde angewendet bei der 30 Jahre alten Korbmacherfrau Karoline K., welche an einem Vorfall beider Scheidenwände mit Elongation des collum uteri und Senkung des ganzen uterus litt; letzterer war in Retroversions-Stellung. Nach Ausführung der bilateralen Adhäsion wurde die hintere Scheidendammnaht gemacht, und der Erfolg war konstatirtermassen ein dauernd guter. Die mediane Aufhängung wurde in folgenden drei Fällen ausgeführt:

1. an der Schneidermeisterfrau H. aus Breslau, 39 Jahre alt, welche einen vollständigen Vorfall der vorderen und hinteren Vaginalwand mit Tiefstand des uterus und bedeutender Verlängerung des collum sowie Cystocele vaginalis hatte,

2. an der 64 Jahre alten Hirtenfrau Rosina H., welche einen Vorfall beider Vaginalwände, Senkung des uterus, Cystocele und Rectocele hatte und

3. an der Schuhmacherfrau Marie L., 28 Jahr alt, welche einen vollständigen Vorfall der vorderen und hinteren Scheidenwand mit descensus uteri hatte. In diesem letzten Falle wurde die Operation nach einer bereits ausgeführten Kolporrhaphia posterior vollführt, weil nach dieser die vordere Scheidenwand zu prolabiren begann. In allen drei Fällen hatte die Operation einen günstigen Erfolg. —

Ganz von den bisher erörterten Operationen abweichend, weil auf einer ganz anderen und zwar irrigen Ansicht über die Entstehung des Vorfalls beruhend, ist die Operation von Huguier, welche durch

die Amputation des cervix uteri eine Radikalheilung des Vorfalls erreichen will. Ich habe im Eingange dieser Arbeit auf einen Aufsatz des Herrn Professor Spiegelberg hingewiesen, in welchem gezeigt wird, dass bei den meisten Scheiden-Gebärmutter-Vorfällen sich eine mehr oder weniger bedeutende Elongation des collum uteri und zwar des supravaginalen Theiles vorfindet, während die portio vaginalis die circuläre Hypertrophie zeigt. Spiegelberg leitet diese Elongation des collum, wie oben auseinandergesetzt, einerseits von der Zerrung ab, die die Scheide auf das collum ausübt, andererseits von dem Widerstande, den der mehr oder weniger gelockerte uterus dem Zuge nach unten entgegensetzt. Huguier dagegen, weit entfernt, diese so naturgemässe Auffassung über die Entstehung eines Vorfalls zu theilen, nimmt die Elongation des collum nicht als Wirkung, sondern als Ursache des Vorfalls und behauptet, dass die überwiegende Mehrzahl der Vorfälle durch longitudinale Hypertrophie des cervix hervorgerufen seien, oder dass in den meisten Fällen die longitudinale Hypertrophie nur einen Vorfall vortäusche. Demgemäss findet Huguier nichts zweckentsprechender, als die Radikalheilung dadurch zu bewirken, dass er das verlängerte collum amputirt, nachdem er es von seiner Nachbarschaft, also auch vom Peritonaeum losgelöst hat. Dem gegenüber ist nur zu sagen, dass abgesehen von der äusserst nahe liegenden Gefahr einer tödtlichen Peritonitis, abgesehen also davon, dass das Mittel viel gefährlicher ist, als die Krankheit, das Verfahren aus einem totalen Missverständniss der Entwickelung des Prolaps hervorgegangen ist. Zunächst ist eine Hypertrophie der portio supravaginalis nicht vorhanden, sondern aus den im Eingange wiedergegebenen Gründen nur eine rein passive Elongation; was aber die portio vaginalis betrifft, so ist diese in der Regel nicht nur nicht verlängert, sondern in vielen Fällen sogar verstrichen und oft nur in der Peripherie hypertrophisch. Es ist daraus ersichtlich, dass durch Amputation des collum eine Radikalheilung des Vorfalls anzustreben ein vergebliches und thörichtes Beginnen wäre. Das Höchste, was man bei grossen Vorfällen mit bedeutender Elongation des collum erreichen könnte, ist, dass wenn der uterus und überhaupt der ganze Vorfall wegen bedeutender Verlängerung des Mutterhalses schwer reponibel ist, nach der Amputation des letzteren die Reposition durch die bedeutende Verkleinerung des uterus ermöglicht würde, welche Verkleinerung des uterus sich nicht nur aus der Verkürzung seines

cervix, sondern auch aus der bedeutenden, durch die Operation bewirkten, Schrumpfung erklären liesse. Aber von einer Retention des reponirten uterus kann keine Rede sein; vielmehr wird der Prolaps sich bei der ersten Anstrengung der Patientin wieder einstellen und der uterus sich von Neuem vergrössern. Demnach wird es, wenn man einen Prolaps von bedeutender Schwere vor sich hat, die portio vaginalis hypertrophirt und exkoriirt findet und vermuthen kann, dass wohl die massige portio vaginalis auch etwas zur Senkung des uterus beitragen könnte, gerathen sein, die portio vaginalis mit der galvano-kaustischen Schneideschlinge abzutragen, die wenn auch noch so sehr verlängerte portio supravaginalis aber unberührt zu lassen und dafür lieber eine der vorher erörterten wirklichen Radikal-Operationen des Vorfalls auszuführen. Dass die Abtragung der portio vaginalis keine Radikal-Operation sein kann, liegt auf der Hand, wiewohl es sich allerdings unter Umständen ereignen kann, dass nach der blossen Abtragung der portio vaginalis sich Radikalheilung des Vorfalls einstellt. Aber diese Fälle liegen so, dass die Heilung nicht etwa die direkte Folge der Verkürzung des collum ist, sondern dass etwa entzündliche Vorgänge in den Beckenorganen auftreten, durch welche sich Verwachsungen bilden, die den reponirten uterus an normaler Stelle fixiren. Einer dieser gewiss seltenen Fälle liegt mir vor, er betraf:

Die Fabrikarbeiterin Marie J., 26 Jahr alt, welche am 2. Januar 1872 in die Klinik kam. Patientin, eine mittelgrosse, schlanke Brunette, hat vor sechs Jahren einmal geboren und ein regelmässiges Wochenbett durchgemacht; vor- wie nachher war sie regelmässig menstruirt und stets gesund. Seit zwei Jahren bemerkt sie den Beginn eines Vorfalls, der durch schwere Fabrikarbeit stetig zunahm, zu seiner jetzigen Grösse gelangte derselbe aber erst, nachdem Patientin vor vier Monaten den Typhus durchgemacht hat.

Befund: Umstülpung der ganzen vorderen Scheidenwand, der hinteren in geringerer Ausdehnung; das ganze dünne collum liegt innerhalb der umgestülpten Scheide; die Muttermundslippen sind dick, evertirt, erodirt. Totallänge der uterus-Höhle in fortlaufender Linie beträgt 14 Cm., wovon auf das collum 8 Cm. kommen; das rectum ist bei der Umstülpung unbetheiligt; der Blasenscheitel geht nach rechts oben; starke Divertikelbildung der Blase nach unten bis nahe an den äusseren Muttermund heran. — Der Prolaps ist

leicht reponibel und bleibt auch beim Stehen und langsamen Gehen zurück.

Die galvanokaustische Schneideschlinge wird angelegt und zwar hinten 2 Cm. über dem Muttermund und vorn 1½ Cm. über demselben, die Blase wird durch einen eingeführten männlichen Katheter geschützt; es wird langsam durchgeglüht; die Schmerzen beim Durchtrennen der Scheidenschleimhaut sind ziemlich heftig, kolikähnlich. Die Kranke wird darauf ins Bett gebracht und ruhige Lage angeordnet. Zwei Tage darauf hat eine ziemlich starke Eiterung begonnen, welche den Tag über noch zunimmt. Wenige Tage darauf lässt die Eiterung nach; es zeigt sich am hinteren Umfange des introitus vaginae ein etwa zwei Groschen grosser Brandschorf, ein ebensolcher an der linken Hinterbacke. Diese Schorfe sind nach acht Tagen abgestossen und bald erscheinen die Flächen weiss belegt. Es wird durch sechs Tage hindurch fast täglich mit arg. nitr. kauterisirt und Umschläge mit Chamillen und aqua chlori gemacht: bald erscheint der Geschwürsgrund rein und die Granulationen überhäuten sich. In dieser Zeit waren alle Funktionen des Körpers regelmässig. Drei Wochen darauf wird konstatirt, dass durch eine schleichend verlaufene pelviperitonitis sich im Douglas'schen Raume ein grosses bretthartes Exsudat gebildet hat, welches den uterus völlig fixirt. Patientin macht vom 17. Februar bis 3. März 1872 eine akute katarrhalische Nephritis durch. Mitte März hat Patientin sich erholt, Albuminurie ist nicht mehr vorhanden; der uterus ist durch das geschrumpfte Beckenexsudat fixirt, kein Prolaps mehr vorhanden, Patientin wird entlassen und ihr eine T-Binde empfohlen. Die Retention des Prolaps und die Fixation des uterus an normaler Stelle wurde noch viele Monate darauf bei der sehr schwer arbeitenden Patientin sicher konstatirt. —

Zum Schluss erübrigt noch, über die Operation der Abtragung des Vorfalls einige Worte zu sagen. Zu dieser ungemein eingreifenden Operation wird man sich natürlich nur im höchsten Nothfalle entschliessen können, dann, wenn die Beschwerden in Folge des Vorfalls sehr bedeutende sind, die hervorgefallenen Theile in dem Grade degenerirt sind, dass hierdurch Gefahr bedingt wird, insbesondere aber da, wo der vorliegende uterus irreponibel ist und anfängt gangränös zu werden. Es werden also hauptsächlich diejenigen, zum Glück seltenen Fälle dieser Operation unterworfen werden müssen, wo die

Lebensrettung der Patientin von der Exstirpation des Vorfalls abhängt. Es würde dann, was die Ausführung betrifft, die Abtragung der Theile wohl am besten durch die galvanokaustische Schneideschlinge geschehen, nur ist es von ausserordentlicher Wichtigkeit, bei der Ausführung der Operation sich genau von der Lage des Mastdarms und der Harnblase zu überzeugen, damit diese Theile nicht in die Ligatur hineingezogen werden. Berichte über die Resultate und die weiteren Folgen dieser Operation liegen mir nicht vor. Engelhardt giebt an, dass der ältere Langenbeck sie mit Glück ausgeführt habe.*)

Fasse ich nun die Resultate der in dieser Arbeit angestellten Betrachtungen zusammen, so dürfte wohl folgendes in Kürze zusammengefasste Urtheil über den Werth der verschiedenen Operationen berechtigt sein:

Die den meisten Erfolg verbürgende Operation des Scheiden-Gebärmutter-Vorfalls ist die Kolporrhaphia posterior mit Dammbildung, weil sie die Entstehung des Vorfalls richtig auffasst und bei seiner Beseitigung die Grenze der Möglichkeit unseres operativen Wirkens überhaupt erreicht. Es kommen nun aber Fälle vor, wo, obgleich die Operation gut gelungen ist, dennoch die vordere Scheidenwand wieder vorzufallen beginnt. Deshalb erscheint es zweckmässig, der vorderen Scheidenwand zu dem bereits durch die Kolporrhaphia posterior gesetzten Hinderniss noch das durch die Spiegelberg'sche Operation der Aufhängung des unteren Theiles der vorderen Scheidenwand an den oberen Theil der hinteren geschaffene Hinderniss hinzuzufügen und diese beiden Operationen so mit einander zu kombiniren, dass zuerst die Aufhängung und zwar, wenn es angeht, immer die mediane ausgeführt wird und auf diese die Kolporrhaphia posterior mit Perinaeorrhaphie folgt. — Die Operation von Marion Sims, ihrem Prinzipe nach eine vollkommen richtige, zeigt bei ihrer Ausführung den grossen Nachtheil, dass die Stütze für den uterus eine zu schwache ist und ist deshalb bei grossen Vorfällen zu widerrathen, während sie bei kleinen Vorfällen, bei retrovertirter Stellung des uterus und bei Patientinnen, die sich schonen können, mit Erfolg angewendet werden kann, besonders

*) s. die Retention des Gebärmuttervorfalls durch die Kolporrhaphia posterior von C. v. Engelhardt.

wenn man sie mit der Perinaeorrhaphie verbindet; verbindet man sie mit der Kolporrhaphia posterior, so schafft sie auch bei grossen Vorfällen gute und sichere Erfolge. Was die Perinaeorrhaphie betrifft, so ist sie an sich wenig zu leisten im Stande, bietet aber selbst in Verbindung mit der Elytrorrhaphie für die Retention eines umfangreichen Prolapses keine sicheren Garantieen. Was die Operation von Huguier betrifft, so gehört sie, wie oben auseinandergesetzt, gar nicht zu den Operationen, welche der Radikalheilung des Vorfalls dienen, und die Exstirpation des Vorfalls endlich ist, wie eben erörtert, nur eine Nothoperation, die der Patientin sicher drohende Lebensgefahr abzuwenden hat.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass, obwohl die Anwendung der Cauterisation zur Radikalheilung des Vorfalls aus oben angeführten Gründen zu verwerfen ist, dennoch in vielen Fällen nach einer bereits ausgeführten anderen Operation des Vorfalls eine oberflächliche Aetzung mit argent. nitric. als unterstützendes Mittel für die gute Vereinigung und Vernarbung sehr gute Dienste leistet.

Es sei mir zum Schluss gestattet, Herrn Medizinal-Rath Prof. Dr. Spiegelberg für seine freundliche Unterstützung meinen wärmsten Dank abzustatten.

Lebenslauf.

Der Verfasser, geboren den 1. Dezember 1849 zu Kożmin, Regierungsbezirk Posen, jüdischer Confession, Sohn des Kaufmanns J. Grabower, besuchte 7 Jahr alt das Gymnasium zu St. Elisabeth in Breslau, von der Ober-Secunda ab das Königl. Matthias-Gymnasium ebendaselbst und wurde von diesem Michaelis 1868 mit dem Zeugniss der Reife entlassen. Im October desselben Jahres wurde er bei der philosophischen Fakultät und ein Jahr darauf bei der medizinischen Fakultät daselbst immatrikulirt und bestand im Januar 1872 sein tentamen physicum. Während des medizininischen Quadrienniums hörte er die Vorlesungen und nahm an den praktischen Uebungen folgender Herren Theil: Barkow, H. Cohn, F. Cohn, Cohnheim, Fischer, Förster, Grosser, Häser, Heidenhain, Lebert, Löwig, Maas, Magnus, Marbach, Spiegelberg, Voltolini, Waldeyer. Allen diesen Herren stattet er hiermit seinen wärmsten Dank ab.

Thesen.

1. Die Ausführung der Ovariotomie wird durch bestehende Schwangerschaft nicht contraindicirt.
2. Die Perforation bei engem Becken liefert um so günstigere Resultate für die Mutter, je zeitiger sie ausgeführt wird.
3. Bei trismus und tetanus leistet die Darreichung von Bromkali in grossen Dosen gute Dienste.
4. Während des Shok's dürfen keinerlei Operationen vorgenommen werden.